

اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج و تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت

فریبا کریمیان^{۱*}، مسعود خاکپور^۲، محبوبه خجسته متقی^۱، هادی آهنگچیان^۳، فریده صابری فرد^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۲/۱۲ صص: ۱۱۱-۱۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲

چکیده

پژوهش نیمه آزمایشی حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج و تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متأهل متقاضی زیبایی صورت در یکی از کلینیک های زیبایی شهر مشهد در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۶ بود. نمونه آماری مورد نیاز این پژوهش به صورت داوطلبانه از بین مراجعین متأهل دو کلینیک زیبایی در پاییز ۹۶ به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار داده شدند. مشاوره گروهی شناختی رفتاری، به صورت گروهی و طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش اجرا گردید. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه باورهای ناکارآمد ازدواج و تعهد زناشویی بودند. یافته ها نشان داد که مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی صورت تأثیر معنی داری داشته است. با توجه به مجذور ایتای سهمی، می توان گفت مشاوره گروهی شناختی رفتاری، ۲۳/۵ درصد از واریانس باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی را تبیین می کند. همچنین مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت تأثیر معنی داری داشته است و با توجه به مجذور ایتای سهمی، می توان گفت مشاوره گروهی شناختی رفتاری، ۳۴/۵ درصد از واریانس تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی را تبیین می کند. بنابراین با توجه به اثربخشی این روش مداخله، اجرای آن به منظور بهبود زندگی زنان پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی: شناختی رفتاری، باورهای ناکارآمد، تعهد زناشویی

^۱ گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران

^۲ عضو هیأت علمی، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی ترک قوچان، قوچان، ایران

^۳ گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی حکیم نظامی قوچان، قوچان، ایران

* نویسنده مسئول مقاله: فریبا کریمیان faribakarimian@gmail.com

مقدمه

خانواده یکی از مهمترین نهادهای مهم اجتماعی است که بسیار مورد توجه روان شناسان و جامعه شناسان قرار دارد (Lynn et al, 2014 ; Jayalakshmi, et al, 2014 ; Shittu et al, 2014). شناخت و بررسی عواملی که سبب قوام و استحکام این نهاد اجتماعی می گردد می تواند گامی مفید در راستای ارتقای سطح جامعه باشد. مطالعات و پژوهش های زیادی توجه و تمرکز خود را بر سیستم زن و شوهری و تاثیر آن بر خانواده به ویژه سلامت روانی آن ها اختصاص داده اند (Kominiarek, Clark, Peeters, Gomersall, Pavey, Brown, 2014 2014). در این بین باورهای ناکارآمد هر یک از زوجین، نقش مهمی در سلامت روانی و ارتباطی آنها دارد و زمینه ساز تعهد زناشویی می تواند باشد (Beck, 2011). تعهد زناشویی به معنای وفادار ماندن به خانواده و اعضای آن هنگام غم و شادی، وقایع خوشایند و ناخوشایند زندگی، تعهد بر مبنای احساس و عاطفه و نیز بر پایه قصد و نیت است. زوجینی که در مورد تعهد خود در برابر همسر و دیگران به بلوغ فکری لازم نرسیده و رفتاری دوسوگرایانه را تعقیب می کنند، در ازدواج و کار کردن با دیگران دچار مشکل خواهند شد و غالباً نتیجه این امر، بی وفایی خواهد بود (Mohammadi, Zaharakar, Davarniya, Shakarami, 2015; Hosseini, Zaharakar, Davarniya, Shakarami, Mohammadi, 2015). تعهد، ابزاری است که میزان امنیت و فاصله از شریک زندگی را پدید می آورد. تعهد در ازدواج چندین جزء دارد: چگونگی درک زن و شوهر از نوع رابطه در گذشته و طول مدت رابطه، انتخاب رفتارهای ادامه زندگی مشترک، درجه و وسعت یک رابطه خوب و علاقه به ماندن در این رابطه به مدت طولانی و گرفتن تشویق به سبب ماندن در رابطه توسط هر دو زوج. تعهد چه به صورت اجباری یا فداکارانه برای کیفیت زندگی زناشویی و ثبات در ازدواج مهم است. البته باید اشاره کرد که تعهد فداکارانه به طور فزاینده ای در مقایسه با تعهد اجباری با رضایت زناشویی مرتبط است. تعهد در زندگی زناشویی عبارت است از علاقه و قصدی که شخص به آن اندازه و بر اساس آن، تمایل دارد که در رابطه زناشویی باقی بماند و عهدی را که بسته، حفظ کند. تعهد ابعاد چندگانه ای دارد و دربرگیرنده دلایل شخصی، اخلاقی و اعتقادی به خصوصی است که شخص را به ادامه رابطه زناشویی پایبند می کند (Hosseini, Zaharakar, Davarniya, Shakarami, Mohammadi, 2015). نتایج تحقیقات نشان می دهد که تعهد زناشویی، دومین عامل حفظ کننده ازدواج است (Nelson, Kirk, Ane, Serres, 2011). تعهد زناشویی، قوی ترین و پایدارترین عامل پیش بینی کننده کیفیت و ثبات رابطه زناشویی است. تعهد در همسران به طور مثبت، با ثبات و کیفیت زناشویی و همچنین به طور مثبت با بیان عشق، سازگاری و کاهش تعارضات زناشویی ارتباط دارد. همچنین هرگونه آشنایی معطوف به ازدواج پس از مدتی اگر به تعهد پایدار و طولانی منجر نشود، در واقع، آشنایی ناکام کننده ای خواهد بود

(Tang & Curran, 2012). مطالعات نیز نشان داده‌اند که سطح بالای تعهد زناشویی در ازدواج به کیفیت زندگی مطلوب، رضایت و باعث حفظ و بقای ارتباط در زندگی زوجین می‌شود. رابطه‌های با تعهد بالا، انعطاف‌پذیری بیشتری نیز داشته و عملاً زوجین زمانی می‌توانند از دگرگونی‌ها و آزمایش‌ها به دور باشند که در کنار یکدیگر احساس امنیت بیشتری داشته باشند. سطوح بالای تعهد زناشویی با ابراز عشق بیشتر، سازگاری و ثبات زناشویی بالاتر و رضایت زناشویی رابطه دارد (Abdi, Rahimi, Karimiyan, Bahmany, 2015; Abbasi, 2011).

باورهای زوجین نقش مهمی در برقراری رابطه با یکدیگر دارد و در نتیجه در رفتار طرف مقابل و ادراک او از خود و دیگران موثر است. چگونگی ادراک زوجین از همسرانشان و تفسیر و تجربیات ذهنی آنها به فرایند درمان مفهوم معناداری می‌بخشد. بر اساس توصیف زوجین از نشانه‌های رفتاری همسران شان و برداشت آنها از این نشانه‌ها، درمانگر خواهد توانست زمینه اصلی تعارض و ناسازگاری زوجین را شناسایی کند. زوجین ناسازگار دید منفی نسبت به خود و در نتیجه تعاملات اجتماعی شان دارند. در آن‌ها به ویژه به دلیل افکار خودآیند منفی به دلیل داشتن چنین تعاملاتی، ناامیدی زیادی را تجربه می‌کنند. در واقع در خانواده این افراد زنان و مردان به مشکلات روانشناختی عدیده‌ای دچار می‌شوند که می‌تواند به تخریب روابط بین آنها بیانجامد. افکار خودآیند منفی، تصاویر یا شناخت‌هایی است که به عنوان نتیجه‌ای از طرحواره‌ی شناختی یا باور بنیادینی که در موقعیت خاصی فعال می‌شود، توسط فرد گزارش می‌شود. این تصاویر و افکار، منعکس‌کننده‌ی معنایی است که فرد به موقعیتی خاص می‌دهد و با پاسخ هیجانی و رفتاری به آن موقعیت ارتباط تنگاتنگ دارد؛ علاوه بر این، افکار خودآیند، نقش مهمی در فرآیند درمانی دارد و به عنوان گذرگاهی ترجیحی برای دسترسی به سیستم شناختی استفاده می‌شود، به درک باورهای بنیادین که اساس چند اختلال روان‌شناسی است کمک می‌کند (Beck, 2003). بنابراین به نظر می‌رسد که به منظور کمک به زوجین ناسازگار نیاز است تا به دنبال مداخلاتی باشیم که بتواند افکار خودآیند منفی را کاهش دهد. بررسی شواهد و مدل‌های جدید شناختی نشان می‌دهد که افکار خودآیند منفی ناشی از طرحواره‌هایی هستند که به طور زیربنایی ذهن فرد را درگیر ساخته و در موقعیت استرس‌زا فعال می‌شوند (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

انسان موجودی زیبا دوست است و تمایل به زیبایی از دیرباز در سرشت انسان‌ها وجود داشته است. چهره مطلوب، تصور فرد نسبت به خود را بهتر می‌سازد و به او اعتماد بنفس می‌بخشد در نتیجه فعالیت‌های اجتماعی در سطح قابل قبول تری شکل می‌گیرد. ظاهر، بخش مهمی از هویت فرد است و در موقعیت‌های اجتماعی بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود، بنابراین اهمیت این سازه شخصیتی بسیار بارز است. ظاهر فیزیکی قسمت مهمی از تصویر بدنی است زیرا اولین منبع

اطلاعاتی است که دیگران برای تعاملات اجتماعی با فرد از آن استفاده می کنند (Crerand & Canice, 2008).

مفهوم فرد از بدن خویش بخش مهمی از خودپنداره او می باشد. بدن قابل مشاهده ترین قسمت خود و خودآگاهی فرد است. تصویر بدنی تجسم درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی، ادراکی و نگرشی را در بر می گیرد. ابعاد اصلی این نگرش امل مؤلفه های ارزیابی، سرمایه گذاری فرد در برخورد با طرحواره های ظاهر و عواطف است که اهمیت ظاهر درونی سازی شده را نمایان می سازد (Mulkens & Jansen, 2006). به نظر می رسد رضایت از تصویر بدنی در بین جوانان مستلزم رضایت از ۵ عامل بدنی می باشد: تناسب اندام و زیبایی ظاهری، سلامت بدنی، پاکیزگی بهداشت و زیبایی پوست و در نهایت توانایی کنترل وزن. به طوری که نارضایتی از این تصویر بدنی پیامدهایی چون اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، اختلالات روانی، تضعیف خود پنداره و عزت نفس را در پی خواهد داشت (Pavan, Simonato & Marini, 2008). افراد بعد از انجام جراحی زیبایی تصویر بدنی بهتری از خود گزارش می دهند. در این ارتباط در مطالعه ای دیگر افراد متقاضی جراحی زیبایی پس از عمل بهبودی بیشتری در حساسیت بین فردی، وسواس و نگرانی نسبت به ظاهر، جرأت ورزشی، اعتماد به نفس و سازگاری های اجتماعی از خود نشان دادند (Crerand & Canice, 2008).

با عنایت به آنچه بیان گردید، کار بر روی باورهای شناختی زوجین می تواند اثرات سودمندی بر جنبه های روانی آنها بگذارد. با این حال با توجه به نوع رفتار همسران و ناکارآمدی خانواده، لازم است تا روابط زوجین نیز در چهارچوب خانواده اصلاح گردد. با توجه به موارد یاد شده مشاوره گروهی شناختی رفتاری می تواند راهبرد مناسبی برای اصلاح الگوهای ناکارآمد زوجین باشد. چنانچه این مساله بتواند با تمرکز بر باورهای ناکارآمد ازدواج باشد که در تعامل زوجین رایج است و می تواند روش مناسبی باشد که طی آن زوجین، افکار منفی کمتری را تجربه نموده و با امیدواری بیشتری در نظام خانواده با یکدیگر تعامل نمایند. با این حال موارد گفته شده تنها در سطح گمانه زنی های نظری است و این مساله نیازمند مطالعات دقیق و نظام مند در چارچوب روش های میدانی است. به همین دلیل پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال اساس است که آیا مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج و تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت اثربخش است؟

فرضیه های پژوهش عبارتند از:

- مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی صورت اثربخش است.
- مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت اثربخش است.

روش پژوهش و ابزار پژوهش

طرح این تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل برابر بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان متاهل متقاضی یکی از عمل های زیبایی صورت در یکی از کلینیک های زیبایی شهر مشهد در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۶ تشکیل می داد که برآورد اولیه حاکی از مراجعه ۷۳۹ خانم در این محدوده زمانی بود.

نمونه آماری مورد نیاز این پژوهش به صورت داوطلبانه از بین مراجعین کلینیک زیبایی در شهر مشهد، دو کلینیک زیبایی گهربد و آبنوس به طور تصادفی انتخاب و کلیه خانم های متاهل مراجعه کننده در پاییز ۹۶ که به کلینیک جهت یکی از عمل های زیبایی صورت مراجعه کردند، پس از بیان اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از افراد داوطلب شرکت کننده، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار داده شده و افراد گروه آزمایش در جلسات گروهی شناختی رفتاری شرکت کردند و افراد گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. پس از بیان اهداف پژوهش، افراد شرکت کننده در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به پرسشنامه ها پاسخ دادند و از آنها خواسته شد نظر خود را با دقت بیان کنند. داده ها بصورت گروهی جمع آوری گردید.

در مطالعه حاضر ابتدا پس از انتخاب و جایگزینی آزمودنی ها، برای افراد گروه های آزمایشی، جلسات مشاوره گروهی شناختی رفتاری به مدت ده جلسه برگزار شد. افراد گروه کنترل نیز هیچ مداخله ای دریافت نمودند. هنگامی که جلسات آموزشی به پایان رسید، مجدداً تمامی آزمودنی های پژوهش (افراد گروه های آزمایش و کنترل) از لحاظ متغیرهای وابسته (اجرای مجدد پرسشنامه ها در قالب پس آزمون) بررسی شدند. مشاوره گروهی شناختی رفتاری، به صورت گروهی و طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای افراد گروه آزمایش به شرح جلسات ذیل اجرا گردید:

جلسه	محتوای آموزشی
جلسه اول	عوامل مؤثر بر زندگی سالم، زندگی در حال و پذیرش شرایط زندگی.
جلسه دوم	خودشناسی (آشنایی با افکار و تحلیل آنها) و کشف نقاط قوت خود و دیگران.
جلسه سوم	مهارت های برقراری ارتباط مؤثر، آموزش حل مسائل بین فردی و مهارت جرأت ورزی.
جلسه چهارم	نقش باورها در پیامدهای احساسی و رفتاری و آموزش جدول سه ستونی (افکار، احساسات و رفتارها). آموزش خطاهای شناختی و اثر آن در سه سطح شناخت.
جلسه پنجم	تنش زدایی و مبارزه با افکار منفی از طریق ردیابی منبع افکار، چالش کشیدن افکار منفی و توقف آنها. تحلیل رابطه بین رویدادهای ناگوار، باورها و تغییرات خلقی ناشی از آنها.
جلسه ششم	اصلاح اسنادی و سبک های تبیین بد بینانه به سبک های تبیین خوش بینانه.
جلسه هفتم	مناظره با خود (شواهد تفسیر خود، تفسیرهای دیگر و بررسی سودمندی باورها)، برنامه ریزی
جلسه نهم	آشنایی با فنون پذیرش خود، خود باوری، تمرکز بر توانمندی ها
جلسه دهم	و محدود تلقی کردن ناتوانیها.

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه باورهای ناکارآمد ازدواج Marriage Dysfunctional Believes Questionnaire (MDBQ) که توسط خاکپور (۱۳۹۵) ساخته شد. پرسشنامه دارای ۷۵ سؤال است که در مقیاس لیکرتی ۵ گزینه ای (از غلط=۰، تقریباً غلط=۱، کمی درست=۲، تقریباً درست=۳، درست=۴) تهیه و میزان باورهای ناکارآمد را در رابطه با همسر و در ۱۳ خرده مقیاس (ارتباط و روابط عاطفی، عشق و تعلق، تعهد و مسئولیت، شایستگی و صلاحیت، مسائل مالی و شغلی، طرد و رهایی، رابطه جنسی، دوستان و اوقات فراغت، رقابت، فرزندان، قدرت و کنترل، تعامل اجتماعی و اطاعت) تهیه گردیده است. در این پرسشنامه دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۰۰ است و نمره بالاتر فرد بیانگر میزان باورهای ناکارآمد بیشتر در ازدواج است (Khakpour, 2018). خاکپور (۱۳۹۷) میزان پایایی هر یک از مقیاس های این پرسش نامه را به این شرح بدست آورده است: ارتباط و روابط عاطفی ۰/۹۰، عشق و تعلق ۰/۹۱، تعهد و مسئولیت ۰/۸۹، شایستگی و صلاحیت ۰/۸۷، مسائل مالی و شغلی ۰/۸۷، طرد و رهایی ۰/۸۹، رابطه جنسی ۰/۹۱، دوستان و اوقات فراغت ۰/۸۷، رقابت ۰/۸۱، فرزندان ۰/۸۶، قدرت و کنترل ۰/۸۷، تعامل اجتماعی ۰/۸۸ و اطاعت ۰/۸۷. ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ارتباط و روابط عاطفی ۰/۸۱، عشق و تعلق ۰/۸۲، تعهد و مسئولیت ۰/۷۹، شایستگی و صلاحیت ۰/۷۷، مسائل مالی و شغلی ۰/۷۹، طرد و رهایی ۰/۸۰، رابطه جنسی ۰/۸۲، دوستان و اوقات فراغت ۰/۷۹، رقابت ۰/۷۵، فرزندان ۰/۷۹، قدرت و کنترل ۰/۷۹، تعامل اجتماعی ۰/۸۱ و اطاعت ۰/۷۹. به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه باورهای ناکارآمد ۰/۸۶ به دست آمد (Khakpour, 2018).

۲- پرسش نامه تعهد زناشویی (Dimensions of Commitment Inventory (DCI): این پرسش نامه میزان پایبندی افراد به همسر و ازدواجشان و ابعاد آنرا اندازه گیری می کند. این پرسش نامه به وسیله آدامز و جونز (۱۹۷۷) برای مقاصد پژوهشی تهیه و تدوین شده و سه بعد تعهد زناشویی را اندازه گیری می کند که شامل: تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد اجباری است. نمره گذاری پرسشنامه تعهد زناشویی (DCI) آدامز و جونز بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای انجام می گیرد؛ که امتیاز هر یک به ترتیب ذیل است: کاملاً مخالف: ۰، مخالف: ۱، نه مخالف نه موافق: ۲، موافق: ۳، کاملاً موافق: ۴، دامنه نمرات از ۱ تا ۱۷۶ است. آدامز و جونز در ۶ پژوهش به منظور بدست آوردن پایایی و روایی پرسش نامه آنرا در مورد افراد متأهل مجرد و مطلقه اجرا کردند و در این مطالعات همبستگی هر پرسش با نمره کل پرسش نامه بالا و معنا دار بود. آدامز و جونز میزان پایایی هر یک از مقیاسهای این پرسش نامه را به این شرح بدست آوردند: تعهد شخصی ۰/۹۱، تعهد اخلاقی ۰/۸۹، و تعهد اجباری ۰/۸۶. در این پژوهش نیز ضرایب پایایی تمامی خرده مقیاس ها با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که به این صورت بودند: تعهد شخصی ۰/۷۹، تعهد اخلاقی ۰/۸۰، و تعهد اجباری ۰/۸۲. جواب سوالات بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (قویاً موافقم تا قویاً مخالفم) ردیف شده است که از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود نمره بالاتر در این مقیاس به معنای تعهد زناشویی بالاتر است (Adams & Jones, 1997). شاه سیاه و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار این پرسشنامه را تایید کرده اند. آنها پایایی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ گزارش کرده اند و همچنین پایایی بدست آمده در پژوهش مقایسه تعهد زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان شاغل و خانه دار توسط پرویز عسگری و همکاران از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ می باشد (Shahsiah, Bahrami & Mohebbi, 2009).

یافته های پژوهش

جدول ۱ میانگین سن، مدت ازدواج و تحصیلات زنان متقاضی عمل زیبایی صورت را نشان

داده است:

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی افراد گروه نمونه به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
سن	آزمایش	۲۹.۲۰	۳.۹۶	۲۴
	کنترل	۲۹.۸۰	۴.۷۲	۲۱
مدت ازدواج	آزمایش	۲.۸۶	۱.۹۵۹	۱
	کنترل	۲.۰۶۶	۱.۰۳۲	۱
تحصیلات	زیردیپلم	دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
	آزمایش	۲	۶	۴
	کنترل	۲	۵	۱

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه) پرسشنامه باورهای ناکارآمد زنان گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون آورده می شود.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی پرسشنامه باورهای ناکارآمد و تعهد زناشویی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون			
		میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
باورهای	آزمایش	۱۲۳.۱۳	۹.۵۲	۸۰	۱۳۵	۱۰۹.۱۰	۸.۴۶
ناکارآمد	کنترل	۱۲۱.۵	۹.۱	۷۸	۱۳۰	۱۲۰.۱	۸.۷۸
تعهد	آزمایش	۹۱.۵	۶.۵	۷۱	۱۰۴	۱۱۶.۲	۸.۳
زناشویی	کنترل	۹۰.۸	۷.۱	۷۲	۱۰۲	۹۱.۴	۷.۵

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمرات گروه آزمایش در پرسشنامه باورهای ناکارآمد در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است اما میانگین نمرات گروه کنترل در پرسشنامه باورهای ناکارآمد در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی نداشته است. از طرفی میانگین نمرات گروه آزمایش در پرسشنامه تعهد زناشویی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است که میانگین نمرات گروه کنترل در پرسشنامه تعهد زناشویی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی نداشته است.

برای بررسی فرضیه های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. هر تحلیل و روش آماری برای خود پیش فرض هایی دارد که برخی عمومی و برخی نیز خاص همان روش مورد نظر هستند. در این بخش در ابتدا مهمترین پیش فرض هایی که برای تحلیل کوواریانس مورد نیاز است بررسی شده است. سپس به تحلیل استنباطی سوالات مطرح شده در این پژوهش پرداخته شده است. این پیش فرض ها در چهار مرحله زیر گزارش شده اند. در مرحله اول کجی، کشیدگی و نرمال بودن داده ها بررسی شد. شاخص های کجی و کشیدگی همراه با آزمون نرمال بودن توزیع نمره های هر یک از مقیاس های به کار رفته در این مطالعه نشان داد که مقیاس ها از کجی و کشیدگی کمتر از ۱۲۱ برخوردار بودند؛ این نشان از آن دارد که مقیاس های مورد نظر به لحاظ کجی و کشیدگی در نمونه مورد مطالعه مشکلی ندارند. از سوی دیگر آزمون کالموگراف-اسمیرنوف نیز که به منظور بررسی نرمال بودن داده ها استفاده شده است نشان می دهد که فرضیه نرمال بودن داده ها برای تمامی زیر مقیاس ها برقرار می باشد ($p > 0.05$). در مرحله دوم اندازه گیری متغیر هم تغییر انجام شد. این مفروضه مشخص می نماید که متغیر هم تغییر باید قبل از

شروع مداخله یا دستگاری آزمایش اندازه گیری شود. این به صورت آماری مورد آزمون قرار نمی گیرد بلکه بخشی از طرح و شیوه پژوهشی را شکل می دهد. در مرحله سوم، پایایی متغیر هم تغییر انجام شد. مفروضه مرتبط با پایایی متغیر هم تغییر نیز جزئی از طرح پژوهشی می باشد. در واقع آن شامل انتخاب پایاترین ابزار اندازه گیری در دسترس، می باشد. همانطور که در بخش ابزار نیز به آن اشاره شده است در این پژوهش از پرسشنامه ای استفاده شده است که از پایایی خوبی برخوردار است. ضرائب آلفای کرونباخ نشان می دهد که پایایی متغیر هم تغییر نیز به عنوان یکی از مفروضه های تحلیل کوواریانس برقرار است. و در نهایت در مرحله چهارم بررسی همگنی واریانس ها انجام شد. به منظور بررسی این مفروضه از آزمون لوین استفاده گردید. به منظور فرض یکسانی واریانس ها باید این آزمون معنادار نباشد (سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵). در واقع اگر سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ باشد نشان می دهد که واریانس گروه ها یکسان نیست و مفروضه همگنی واریانس ها نقض شده است. نتایج آزمون لوین در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس های خطا

سطح معناداری	Df ₂	Df ₁	F	
۰/۶۷۴	۱۴	۱	۰/۱۸۰	باورهای ناکارآمد
۰/۲۱۰	۱۴	۱	۱/۶۴۶	تعهد زناشویی

بر اساس نتایج مندرج در جدول، سطح معناداری برای متغیر وابسته بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین مفروضه همگنی واریانس های خطا برقرار می باشد. همچنین پیش فرض پنجم (فرض همگونی شیب ها) انجام شد. چون سطح معناداری اثر متقابل در دو متغیر وابسته بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد. لذا می توان گفت که مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون برقرار می باشد. در این صورت است که این پیش فرض رعایت شده است (سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵).

همانطور که قبلاً گفته شد برای آزمون فرضیه تحقیق از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می شود که نتایج به شرح زیر است: به منظور بررسی این فرضیه با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه ای دو سطحی (گروه آزمایش و گروه کنترل)، متغیر وابسته پیوسته (نمرات پس آزمون پرسشنامه باورهای ناکارآمد ازدواج) و همچنین متغیر هم تغییر (نمرات پیش آزمون پرسشنامه تعهد زناشویی) از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. این تحلیل تفاوت بین میانگین نمرات پرسشنامه باورهای ناکارآمد ازدواج و تعهد زناشویی برای دو گروه آزمایش (مشاوره گروهی شناختی

رفتاری) و کنترل بعد از تعدیل نمره های پیش آزمون اولیه را به لحاظ آماری نشان می دهد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره های پس آزمون پرسشنامه باورهای ناکارآمد و تعهد زناشویی در گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
۰/۴۳۳	۸/۰۲۶	۱۴	۱	۰/۰۰۳
۰/۵۶۷	۸/۰۲۶	۱۴	۱	۰/۰۰۳
۰/۷۶۴	۸/۰۲۶	۱۴	۱	۰/۰۰۳
۰/۷۶۴	۸/۰۲۶	۱۴	۱	۰/۰۰۳

در جدول ۶، چهار آزمون چند متغیره تحلیل کوواریانس "اثر پیلایی"، "لامبدای ویلکز"، "اثر هاتلینگ" و "بزرگترین ریشه روی" محاسبه شده اند. همانطور که مشاهده می شود، سطح معناداری هر چهار آزمون (۰/۰۰۳) کمتر از ۰/۰۵ می باشد، که نشان دهنده تفاوت حداقل بین یک متغیر وابسته (باورهای ناکارآمد یا تعهد زناشویی) در گروه های آزمایش و کنترل می باشد. به عبارتی حداقل ممشاوره گروهی شناختی رفتاری بر یکی از متغیرهای وابسته (باورهای ناکارآمد یا تعهد زناشویی) تاثیر مثبت دارد. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تأیید می شود.

حال برای تعیین اینکه مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر کدامیک از متغیرهای وابسته (باورهای ناکارآمد یا تعهد زناشویی) تاثیر دارد، به بررسی تاثیر مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر تک تک متغیرهای وابسته با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره پرداخته می شود.

فرضیه ۱: مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی صورت، اثر معنی داری دارد.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه باورهای ناکارآمد ازدواج در دو گروه آزمایش و کنترل پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایتای سهمی
عامل	۴۲۸/۳۲۷	۱	۴۲۸/۳۲۷	۶/۷۴۰	۰/۰۱۶	۰/۲۳۵
خطا	۱۳۹۸/۱۷۷	۱۴	۶۳/۵۵۳			

با توجه به جدول ۵، چون سطح معناداری (۰/۰۱۶) آزمون F در پس آزمون باورهای ناکارآمد ازدواج کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی صورت تأثیر معنی داری داشته است. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به مجذور ایتای سهمی، می توان گفت مشاوره گروهی شناختی رفتاری، ۲۳/۵ درصد از واریانس باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی را تبیین می کند. با توجه به اینکه تحلیل کوواریانس اثر پیش آزمونها را ثابت نگه داشته و میانگین های تعدیل شده را محاسبه می کند، لذا میانگین های تعدیل شده گروهها حاکی از آن بود که میانگین نمرات باورهای ناکارآمد ازدواج زنان در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش (۱۰۹/۰۶) پایین تر از گروه کنترل (۱۱۹/۷۷) قرار گرفته است که خود حاکی از تأثیر مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی است. فرضیه ۲: مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت، اثر معنی داری دارد.

جدول ۶. تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه تعهد زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل

پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور ایتای سهمی
تعهد	۳۰۸۳/۱۷۵	۱	۳۰۸۳/۱۷۵	۱۱/۵۸۹	۰/۰۰۳	۰/۳۴۵
زناشویی	۵۸۵۲/۹۸۲	۱۴	۲۶۶/۰۴۵			

با توجه به جدول ۶، چون سطح معناداری (۰/۰۰۳) آزمون F در پس آزمون تعهد زناشویی کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت تأثیر معنی داری داشته است. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به مجذور ایتای سهمی، می توان گفت مشاوره گروهی شناختی رفتاری، ۳۴/۵ درصد از واریانس تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی را تبیین می کند. با توجه به اینکه تحلیل کوواریانس اثر پیش آزمونها را ثابت نگه داشته و میانگین های تعدیل شده را محاسبه می کند، لذا میانگین های تعدیل شده گروهها حاکی از آن بود که میانگین نمرات تعهد زناشویی زنان در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش (۱۱۵/۹۱) بالاتر از گروه کنترل (۹۱/۲۱) قرار گرفته است که خود حاکی از تأثیر مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه ۱ (اصلی): مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج و تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت اثر معنی داری دارد. این یافته پژوهش حاضر، با یافته های (Mahintorabi, Mazaheri, Sahebi & Mousavi, 2011; Forsell et al, 2017; Dattilio, 2005; Almasi et al, 2013; Baucom et al, 2010; Tikdarinejad & Khezri Moghadam, 2017; Javidi, 2013; Seyyed Moharrami, Ghanbari Hashemabadi & Asghari Ebrahimabad, 2012; Pournamdarian, Birashk & Asgharnejad Farid, 2014) که به بررسی اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری را بر کاهش مشکلات عملکردی خانواده گزارش کرده اند، همسو بود.

فرضیه ۲ (فرعی): مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی صورت، اثر معنی داری دارد. با توجه به سطح معناداری (۰/۰۱۶) آزمون F در پس آزمون باورهای ناکارآمد ازدواج کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی صورت تأثیر معنی داری داشته است. لذا با ۹۵ درصد اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به مجذور ایتهای سهمی، می توان گفت مشاوره گروهی شناختی رفتاری، ۲۳/۵ درصد از واریانس باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی را تبیین می کند. پژوهش های (Shechtman & Pastor, 2012; Hahlweg & Richter, 2010; Baucom & et al, 2010; Shakardulat, Narmiani & Afrozof, 2014; Shafieenaya & Hosseinian, 2007) از این یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج زنان متقاضی عمل زیبایی حمایت می کنند. رفیعی ماری، کتانی و اعتمادی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارتهای شناختی، رفتاری بر انتظارات و اسنادهای زناشویی و ابعاد آنها در زنان شهر اصفهان با نمونه ۶۰ نفر از زنان مراجعه کننده به فرهنگسرای شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ نشان دادند که آموزش مهارتهای شناختی، رفتاری بر انتظارات زناشویی و ابعاد آن (انتظار از همسر به عنوان دوست و حامی، انتظار از زندگی زناشویی و انتظار از رابطه مطلوب) در مرحله پس آزمون و پیگیری به صورت معناداری اثرگذار بود. همچنین بر اسنادهای زناشویی و ابعاد آن نیز در مرحله پس آزمون و پیگیری به صورت معناداری اثرگذار بود.

فرضیه ۳ (فرعی): مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت، اثر معنی داری دارد. با توجه به سطح معناداری (۰/۰۰۳) آزمون F در پس آزمون تعهد زناشویی کمتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی صورت تأثیر معنی داری داشته است. لذا با ۹۵ درصد

اطمینان فرضیه تحقیقی تایید می شود. از طرف دیگر با توجه به مجذور ایتای سهمی، می توان گفت مشاوره گروهی شناختی رفتاری، ۳۴/۵ درصد از واریانس تعهد زناشویی زنان متقاضی عمل زیبایی را تبیین می کند. پژوهش های بسیاری (Mahintorabi, Mazaheri, Sahebi & Mousavi, 2011; Forsell et al, 2017; Dattilio, 2005; Almasi et al, 2013; Baucom et al, 2010; Tikdarinejad & Khezri Moghadam, 2017; Javidi, 2013; Seyyed Moharrami, Ghanbari Hashemabadi & Asghari Ebrahimabad, 2014; Pournamdarian, Birashk & Asgharnejad Farid, 2012) اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری را بر کاهش مشکلات عملکردی خانواده گزارش کرده اند.

یک قسمت بسیار مهم در درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مهارتهای مقابله ای، مداخله در تعیین کننده های درون فردی مثل باورهای مرتبط با زیبایی است. باورهای مرتبط با زیبایی، به انتظارات فرد از خود و تأیید دیگران اطلاق میشود. این باورها در مدل یادگیری اجتماعی به عنوان یک اثر مهم در مورد این که فرد چه موقع و چرا رفتار خاصی را مرتبط با زیبایی و مراجعه پزشکی انجام می دهد، در نظر گرفته می شوند (Baucom et al, 2010). باورهای مرتبط با زیبایی، افکاری هستند که از انتظارات مستقیم و غیرمستقیم از خود به وجود می آیند و به طور کلی به دو دسته مثبت و منفی تقسیم می شوند. در واقع، انتظارات از زیبایی شخصی به عنوان عقاید فرد در مورد اثرات کوتاه مدت و نسبتاً آنی یک عمل زیبایی در صورت اطلاق می شود که با اثرات بلند مدت آن عمل متفاوت است (Baucom et al, 2010). در همین چارچوب، بر اساس نظر بک اکثر بیماران متقاضی عمل زیبایی دارای مجموعه ای از باورها و نگرشهای مثبت نسبت به اینگونه عمل ها هستند که وقتی تصمیم به مراجعه می گیرند، فعال می شوند. در این هنگام چون فرد تصور می کند قادر به کنترل تمایلات خود نیست، احتمال کمی وجود دارد که برای کنترل آن تلاش کند. از این دیدگاه، یک مانع عمده در عدم مراجعه پزشکی، شبکه ی عقاید ناکارآمدی است که بر محور زیبایی متمرکز است و نیز یکی از دلایلی که سبب می شود فرد همچنان تمایل قوی به مراجعه پزشکی داشته باشد، این است که عقاید اساسی او نسبت به مزایا و معایب عمل های زیبایی، اساساً تغییر نکرده است (Beck, 2011)

رویکرد شناختی- رفتاری بر تبادل تعامل میان فرد یا اعضای خانواده، با تأکید خاص بر ماهیت روابط متعامل انتظارها، باورها و اسنادها تمرکز دارد. بنابراین، در این رویکردها تأثیر متقابل و چندوجهی تعامل ها بررسی می شود و از تکنیک چارچوب بندی مجدد برای تسهیل تغییر در حالت ادراکی رویدادها و رفتارها استفاده میشود و یا از تکنیک ردگیری رفتار استفاده می شود. درمانگران شناختی- رفتاری تلاش می کنند تا مسئله را با تمرکز بر موانع تغییر یا از طریق اصلاح سیستم های باور فرد از اعضای خانواده یا در مورد فردیتشان یا اصلاح نقائص مهارتهای مشارکت جویانه

به هنگام تغییر کردن بررسی کنند. رویکرد شناختی- رفتاری به طور منحصر به فرد بر حالتی متمرکز است که در آن ساختاربندهی مجدد باورهای هسته ای (یا روان بنه ها) اهمیت دارند. معمولاً روان بنه ها در بطن تعارض زوجین قرار دارند. روان بنه ها به طور مشخصی الگوهایی هستند که در واقعیت یا تجربه افراد نفوذ می کنند تا به افراد کمک کنند که آن واقعیت یا تجربه را توجیه کند، یا میانجی ادراکها شده و پاسخهای آنها را هدایت می کند. بنای اصلی رویکرد شناختی- رفتاری، تمرکز بر افکار و ادراکها و تأثیر آنها روی هیجانها و رفتار است. در اغلب موارد، این باورهای غیرمنطقی هستند که موجب انسداد توانایی زوجین برای تغییر کردن می شوند (Dattilio, 2005).

الگوی شناختی- رفتاری بر پاسخهای هیجانی و رفتاری زوجین نسبت به رویدادهای زندگی تأکید دارد که به واسطه تفسیرهای وابسته به طرز فکر آنها میانجی گری می شوند. این تفسیرها می توانند تحریف شده یا نامتناسب باشند (Baucom et al, 2010). درمانگران CBT به زوجین کمک میکنند تا نسبت به مشاهده شناخت هایشان به ارزشیابی فعال تری بپردازند، روی اصلاح تعاملهای رفتاری منفی بهمنظور پرورش شناختها و هیجانهای مثبت در مورد یکدیگر کار کنند و به مطرح کردن مسائل زناشویی خود در مورد تجربیات هیجانی بازدارنده، یا بدون نظمشان بپردازند تا بتوانند در جوی رضایتبخش تر، روابط زناشویی را تجربه کنند. در واقع، CBT برای زوجین به صورت یک درمان کیفی منظم است که در آن اثرات متقابل شناختها، رفتارها و هیجانهای زوجین بررسی میشود و به منظور بهبود کیفیت ارتباط، موارد مشکل آفرین هدف تغییر قرار می گیرند (Baucom et al, 2010).

می توان نتیجه گیری کرد که مشاوره گروهی شناختی رفتاری، مداخله ای اثربخش و کارآمد در زمینه کار با زنان متقاضی عمل زیبایی، زوجین و بهبود روابط زناشویی ایشان است که می تواند به عنوان یک برنامه آموزشی استاندارد به مجموعه فنون زوج درمانگران افزوده شود. به طور خلاصه کاربرد این پژوهش این است که با داشتن مدلی کارآمد می توان براساس تعدیل باورهای ناکارآمد ازدواج و افزایش سطح تعهد زناشویی ایشان، افکار ناکارآمد در ازدواج و به تبع آن ناسازگاری زوجین را کاهش و تعهد زناشویی به همسر را افزایش داد، اثربخشی درمان و مداخله را افزایش داد و خطر وقوع طلاق را که متأسفانه امروز رو به تزاید است، کاهش داد. وقتی زنان با باورهای ناکارآمد خویش آگاهی یابند، نسبت به کنترل اثر آنها اقدام کنند، بینش، صمیمت و کیفیت روابط زناشویی آنها بالا می رود و برای همدیگر قابل پیش بینی تر می شوند. همچنین ممکن است برداشت متفاوت، تعارض و در نهایت اختلاف زناشویی به حداقل برسد.

نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای زوجین، فوایدی برای مشاوران خانواده در مرحله قبل از ازدواج، زناشویی و طلاق دارد. درمانگران خانواده نباید اهمیت توجه به باورها را نظر دور بدارند و از این مدل های جدید برای کمک به زوجین مشکل دار بهره گیرند، تا از این طریق اثربخشی مداخلات درمانی خود را افزایش دهند و می توان چشم انداز روشنی از سلامت خانواده ها و نهایتاً جامعه ای سالم را ترسیم نمود. از آنجا که مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر متغیرهای رابطه زناشویی تاثیرگذار است، به همین دلیل پیشنهاد می شود تا از این مداخله در سایر مسائل و مشکلات بین فردی و در مراحل مختلف ازدواج و زندگی زناشویی استفاده شود و دیگر پیامدهای درمانی این رویکرد را با افزودن سایر متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار داده شود.

References

- Abdi A, Rahimi Z, Karimiyan N, Bahmany B. (2015). Examine the relationship between self-control and responsibility with marital commitment in married students of Theran universities. Tehran: Encyclopedia Information and Counseling Psychology (Persian).
- Abbasi H. (2011). The relationship between marital commitment with cultural values couples: a case study of Khorasan Razavi province. Quarterly Journal of East Disciplinary Force Study. 1:7-14 (Persian).
- Adams, J. M. & Jones, W. H. (1997). The conceptualization of marital commitment: An Integrative Analysis, Journal of Personality and Social Psychology, 72 (5), 1177-1196.
- Almasi A, et al (2013). Religious cognitive- behavior therapy (RCBT) on marital satisfaction OCD patients, social and behavioral sciences. 84: 504-508.
- Baucom, D.H, & et al (2010). Cognitive- behavioral couple therapy. In K.S. Dobson, Handbook of cognitive behavioral therapies, 3rdEd. New York: The Guilfordpress: 411- 444.
- Beck, A. T., Freeman, A. (2003). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press.
- Chang, S. L. (2014). Family background and marital satisfaction of newlyweds. Generational transmission of relationship interaction patterns. Master's Thesis, California State University.
- Chatav. Yeal, Wishman. Mark.A, (2009). Partner Schema and Relationship unctoning: A stat of Mind Analysis. Association for Behavioral and Cognitive Therapies. published by Elsevier Ltd. (40), 50-56.
- Chen, Z. Tanak, N., Hiramura, H., & Shikai, N. (2007). The role of personalities in the martial adjustment of Japanese couples. Journal of Social Behavior and Personality, 557-561.

- Clark, B., Peeters, G., Gomersall, S., Pavey, S., Brown, W. (2014). Nine year changes in sitting time in young and mid-aged Australian women: Findings from the Australian Longitudinal Study for Women's Health. *Preventive Medicine*, 64, 1-7.
- Crerand S, Canice E. (2008). MOC-PS[SM] CME Article: Patient Safety: Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 122: 1-15.
- Goldfried MR. (2003). Cognitive-behavioral therapy: Reflections on the evolution of therapeutic orientation, *Cognitive Therapy and Research*; 27(1): 53- 69.
- Dattilio FM (2005). The Role of Cognitive Behavioral Interventions in Couple and Family Therapy. *J Marital and Family Therapy*. 10: 105-114.
- Forsell E, Bendix M, Holländare F, Szymanska B, Schultz V, Nasiell J. (2017). Internet delivered cognitive behavior therapy for antenatal depression: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 221: 56-64. doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.013
- Ghezselfloo M, Jazayeri RS, Bahrami F, Mohammadi R. (2014). Couple styles and self-compassion as predictors for marital satisfaction. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 5 (2), 79-96
- Hahlweg. K., & Richter. D. (2010). Prevention of marital instability and distress. Result of an 11-year longitudinal follow-up study. *Journal of Behavior ResearchTherapy*, 48: 377-383.
- Hosseini A, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M, Mohammadi B. (2015). The Relationship between Marital Commitment with Personality Traits. *Bimonthly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22 (5).
- Javidi N. (2013). The Effectiveness of Emotion-Focused Couple Therapy (EFCT) in improving Marital Satisfaction and Family Behavior Control. *Biannual Journal of Applied Counseling*; 2013, 3(2): 65-78
- Jayalakshmi, J., et al. (2014). Impact of family support on psychiatric disorders and seizure control in patients with juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 37, 7-10.
- Johnston, C., Dorahy, M.J., Courtney, D., Bayles, T., & OKane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder Original Research Article, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40 (2): 248-255
- Khakpour M (2018). Construction and Standardization of Marriage Dysfunctional Believes Questionnaire (MDBQ). *Family Health*, 6(1): 24-37.
- Mahintorabi S, Mazaheri MA, Sahebi A, Mousavi V. (2011). The effect of cognitive-behavioral training on modification of irrational expectation, emotional maturity and marital dissatisfaction in women. *Journal of Behavioral Sciences*. 5(2):127-133
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS, Bhullar N, Rooke, S. E. (2010). The five-factor model of personality and relationship satisfaction of intimate partners: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*. 44(1), 124-127.
- McEvoy PM, Moulds ML, Mahoney AEJ. (2013). Mechanisms driving pre- and post-stressor repetitive negative thinking: Metacognitions, cognitive avoidance, and thought control. *J Behav Ther Exp Psy*. 44(1):84-93.

- Mohammadi B, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. (2014). Investigation into the role of religiosity and its dimensions in predicting of marital commitment of personnel of state welfare organization of Nrth Khorasan. *J Religion & Health*. 2(1):15-23. [Persian]
- Mulkens S, Jansen A.(2006). Changing appearances: Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder. *Neth J Psychol*. 61: 34-41.
- Nelson JA, Kirk AM, Ane P, Serres SA.(2011). Religious and spiritual values and moral commitment in marriage: untapped resources in couples counseling? *Counseling and Values*. 55(2): 228-46.
- Pavan C, Simonato P, Marini M. (2008). Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: A literature review. *Aesth Plast Surg*. 32: 473-84.
- Pournamdarian S, Birashk B, Asgharnejad Farid A. (2012). The Clarification of Contribution of Meta-Cognitive Beliefs in Explaining the Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in Nurses. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 13 (3):
- Rafiee Mari A, Ketani M, Etemadi O (2017). Study of the Impact of Cognitive-Behavioral Skills Training on Women's Marital Expectations and Attributions. *Journal of women and family*, 2017; 11(3): 99-118
- Ramezani S, Keramat A, Motaghi Z, Khosravi A. (2015). The relationship of sexual satisfaction and marital satisfaction with domestic violence against pregnant women. *International Journal of Pediatrics*. 3(5): 951-958.
- Seyyed Moharrami I, Ghanbari Hashemabadi BA, Asghari Ebrahimabad MA (2014). The Effect of Solution-Focused Group Counseling on Family Function and Marital Satisfaction. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 5(1): 23-40
- Shafieenaya, A., & Hosseinian, S. (2007). Effectiveness of group counseling with cognitive-behavioral method on marital conflicts. *Educational and psychological research*, 3(2), 1- 22.
- Shahsiah M, Bahrami F, Mohebbi S (2009). Relationship between Sexual Satisfaction and Marital Commitment of Couples in Shahreza City in 2008. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 11 (3): 233-238. DOI :[10.22038/jfmh.2009.1556](https://doi.org/10.22038/jfmh.2009.1556)
- Shakardulat, A., Narmiani, M., & Afrozof, G. (2014). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Improving the Performance of the Family of Divorced Couples, *Family Health*, 2(1), 24-37.
- Shechtman, Z & Pastor, R. (2012). Cognitive – Behavioral and Humanistic Group Treatment on couples relationship beliefs. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3), 322-336.
- Slavinskiene J, Zardeckaite-Matulaitiene Z. (2013). Relationship between Spous's Irrational Beliefs and Marital Satisfaction. *International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach*. 13: 49-68 <http://dx.doi.org/10.7220/1941-7233.13.3>
- Tang CY, Curran MA. (2012). Marital commitment and perceptions of fairness in household chores. *Journal of Family Issues*. 34(12):1598-622.
- Tikdarinejad A, Khezri Moghadam N (2017). Relationship between Irrational Beliefs and Marital Conflicts in Couples Based on Rational-Emotive Behavior Therapy. *Patient SafQual Improv*. 5(2): 526-530

